DOCUMENT RESUME

ED 294 088 CG 020 754

TITLE	Children and Family Breakdown. Report on a WHO Meeting (Kiel, West Germany, December 4-7, 1984). EURO Reports and Studies 101.
INSTITUTION	World Health Organization, Copenhagen (Denmark). Regional Office for Europe.
REPORT NO	ISBN-92-890-1267-6
PUB DATE	Dec 84
NOTE	64p.
AVAILABLE FROM	WHO Publications Center USA, 49 Sheridan Avenue, Albany, NY 12210.
PUB TYPE	Reports - General (140) -- Collected Works - Conference Proceedings (021)
EDRS PRICE	MF01 Plus Postage. PC Not Available from EDRS.
DESCRIPTORS	*Children; *Family Problems; Family Structure; Foreign Countries; *Health Needs; Health Programs; Intervention; *Nursing; Prevention; Social Problems; *Social Services; Social Support Groups
IDENTIFIERS	Europe; World Health Organization European Region

ABSTRACT

This booklet is the report of the Working Group on Children and Family Breakdown: The Positive Role of Nurses and Midwives, which was convened by the World Health Organization Regional Office for Europe and was attended by members of health disciplines, representatives of community groups, and journalists from the nursing and popular press. These topics related to family breakdown are discussed: (1) family breakdown as a health issue; (2) the influence on children; (3) a framework for action; (4) prevention; (5) family support; (6) a comprehensive service to families; (7) the nursing contribution; (8) a political dimension; and (9) a future perspective. Conclusions and recommendations are offered in the areas of research, coordination of services, children, intervention, prevention, nursing, and political dimensions. References, a list of existing informal programs, and a list of conference participants are included. The report concludes with summaries in French, German, and Russian. (ABL)

****
* Reproductions supplied by EDRS are the best that can be made *
* from the original document. *
****

U.S. DEPARTMENT OF EDUCATION
Office of Educational Research and Improvement
EDUCATIONAL RESOURCES INFORMATION CENTER (ERIC)

☑ This document has been reproduced as received from the person or organization originating it.

☐ Minor changes have been made to improve reproduction quality.

• Points of view or opinions stated in this document do not necessarily represent official OERI position or policy.

"PERMISSION TO REPRODUCE THIS MATERIAL IN MICROFICHE ONLY HAS BEEN GRANTED BY

M. Jones

TO THE EDUCATIONAL RESOURCES INFORMATION CENTER (ERIC)."

The World Health Organization is a specialized agency of the United Nations with primary responsibility for international health matters and public health. Through this Organization, which was created in 1948, the health professions of some 160 countries exchange their knowledge and experience with the aim of making possible the attainment by all citizens of the world by the year 2000 of a level of health that will permit them to lead a socially and economically productive life.

The WHO Regional Office for Europe is one of six regional offices throughout the world, each with its own programme geared to the particular health problems of the countries it serves. The European Region has 33 active Member States,[a] and is unique in that a large proportion of them are industrialized countries with highly advanced medical services. The European programme therefore differs from those of other regions in concentrating on the problems associated with industrial society. In its strategy for attaining the goal of "health for all by the year 2000" the Regional Office is arranging its activities in three main areas: promotion of lifestyles conducive to health; reduction of preventable conditions; and provision of care that is adequate, accessible and acceptable to all.

The Region is also characterized by the large number of languages spoken by its peoples, and the resulting difficulties in disseminating information to all who may need it. The Regional Office publishes in four languages — English, French, German and Russian — and applications for rights of translation into other languages are most welcome.

---

[a] Albania, Austria, Belgium, Bulgaria, Czechoslovakia, Denmark, Finland, France, German Democratic Republic, Federal Republic of Germany, Greece, Hungary, Iceland, Ireland, Israel, Italy, Luxembourg, Malta, Monaco, Morocco, Netherlands, Norway, Poland, Portugal, Romania, San Marino, Spain, Sweden, Switzerland, Turkey, USSR, United Kingdom and Yugoslavia.

World Health Organization
Regional Office for Europe
Copenhagen

EURO Reports and Studies 101

Children and family breakdown

Report on a WHO meeting

Kiel
4–7 December 1984

ICP/HSR 301/m03

ISBN 92 890 1267 6
ISSN 0250-8710

© World Health Organization 1986

Publications of the World Health Organization enjoy copyright protection in accordance with the provisions of Protocol 2 of the Universal Copyright Convention. For rights of reproduction or translation, in part or *in toto*, of publications issued by the WHO Regional Office for Europe application should be made to the Regional Office for Europe, Scherfigsvej 8, DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark. The Regional Office welcomes such applications.

The designations employed and the presentation of the material in this publication do not imply the expression of any opinion whatsoever on the part of the Secretariat of the World Health Organization concerning the legal status of any country, territory, city or area or of its authorities, or concerning the delimitation of its frontiers or boundaries.

The mention of specific companies or of certain manufacturers' products does not imply that they are endorsed or recommended by the World Health Organization in preference to others of a similar nature that are not mentioned. Errors and omissions excepted, the names of proprietary products are distinguished by initial capital letters.

The views expressed in this publication are those of the participants in the meeting and do not necessarily represent the decisions or the stated policy of the World Health Organization.

PRINTED IN DENMARK

CONTENTS

Page

Introduction 1

- Organization 2
- Background 2

Family breakdown 4

- A health issue 4
- The influence on children 5
- A framework for action 6
- Prevention 7
- Family support 8
- A comprehensive service 9
- The nursing contribution 10
- A political dimension 11
- A future perspective 11

Conclusions and recommendations 12

- Research 12
- Coordination of services 13
- Children 14
- Intervention and prevention 15
- Nursing 16
- A political dimension 17

References 18

Annex 1. Projects and schemes in the informal sector 20

Annex 2. Participants 23

Summaries in French, German and Russian 27

INTRODUCTION

The Working Group on Children and Family Breakdown: the Positive Role of Nurses and Midwives, convened by the WHO Regional Office for Europe in collaboration with the Federal Republic of Germany and the Institut für Gesundheitssystem-Forschung, Kiel, was attended by members of a number of health disciplines, representatives of community groups and journalists from the nursing and popular press. The participants are listed in Annex 2.

The purposes of the meeting were to:

— supplement the available data and perceptions on the health issues related to family breakdown within the Region;

— review the implications of these issues in relation to the health for all targets of the WHO European region;

— sensitize health workers and the community to the many aspects of these issues so that they will examine the role of nurses, midwives and the community in the prevention of the ill effects of family breakdown and in the promotion of family health;

— encourage discussion about these health issues among the formal and informal health systems and representatives of the community; and

— demonstrate an alternative way of involving members of the community in WHO meetings by organizing the meeting in an innovative way.

The meeting was opened by Dr M. Farrell, Regional Officer for Nursing, on behalf of the Regional Director, Dr L.A. Kaprio. Professor F. Beske, Director of the Institut für Gesundheitssystems-Forschung welcomed the participants to Kiel and introduced Mrs A. Schuster, Parliamentary Secretary of the Sozialministerium des Landes Schleswig-Holstein. Mrs Schuster discussed the importance of family life and said how pleased her Government was to be associated with the meeting.

Organization

During the meeting the participants were divided into three groups. The community representatives and the health professionals formed two panels, with the press group as their audience. The idea was to create a dialogue between the two panels, with the addition of pertinent questions from the press. The journalists were also asked to prepare a booklet on family breakdown, based on the discussions and papers they had heard during the meeting.

At the outset, the two panels clearly held different opinions on the issues and each had difficulty in coming to terms with the standpoint and contribution of the other. Towards the end of the meeting, both groups acknowledged this gap and decided to meet together to thrash out some of the issues. They did reach some agreement and in the end both were anxious to encourage greater collaboration between statutory services and voluntary groups. This theme runs through the whole report.

Background

During the last 40 years there has been a quiet social revolution in Europe. The family, which for generations was the focal point of social cohesion and the basic unit for reproduction, socialization and economic production, has been transformed. Social, political and economic developments have altered its structure and function, leaving a more complex and, in the public mind, a more confusing pattern of family groups.

Before the 1940s a large number of people did not marry. Those who did marry commonly waited until their late twenties to do so, and childbearing was extended over many years. The roles of different members of the family were usually clear, and religion played a prominent part in family life across the continent.

Recently a radically different and more complicated picture has emerged. More people marry now than in the past, but they do so at a younger age and have fewer children over a much shorter period. Moral codes based on formal religion appear to have a decreasing influence. At the same time, forms of cohabitation other than marriage have become more common. In Sweden, for example, 40% of the population lived in official marriages in 1968 while 0.7% just lived together. By 1981 only 17% were in official marriages while 23% had what have been called "concensual unions".

As the structure of the family has changed, so has its function. For the most part it is no longer an economic unit. Therefore, members of a family cannot share the experiences and problems they have at work. Indeed, a husband today is likely to know more about events on the other side of the world than about his wife's job. Increased mobility exacerbates this trend and leads to more opportunities for married people to meet alternative partners.

The traditional male and female roles in marriage have also changed. Today childbearing takes up a smaller proportion of women's lives, and women are more likely to work and be financially independent of their husbands. These are only two of a host of factors that have affected women's attitudes towards marriage and domestic work. Also, improved contraception has not only helped decrease the number of children in the family but has encouraged women to seek a satisfying sexuality of their own.

One consequence of these changes has been to deprive men and women of clearly defined role models upon which to base their behaviour as parents and spouses. The increase of self-confidence in women has been accompanied by a general rise in expectations among both sexes. The aim of most people today is to be happy, whereas in the past much of life was spent avoiding different kinds of suffering. The modern family is not bound together by the need to survive or the economic interdependence of its members but by emotional ties. The key ingredients for these are love, support, intimacy and sexuality.

Given this background, it is hardly surprising that the greatest change of all has been the enormous increase in the number of families breaking up. A break-up is the separation of family members; a breakdown occurs before the break-up when a family's internal support system stops working.

Official divorce statistics describe only a part of the picture, since they do not cover the separation of unmarried couples and, of course, provide no information on the impact of divorce on the lives of those concerned. Nevertheless, they reveal a major social phenomenon that clearly has repercussions for the health and social services. Although the incidence of divorce is similar for all socio-economic groups, it varies significantly among the countries of Europe. The rates are highest in the northern and eastern nations and lowest in the southern countries, while those in central Europe fall between these extremes.

A health issue

We may be able to count the number of divorces, but it is far from easy to gauge the effect of family break-ups on the men, women and children who live through them. It is clear, however, that a divorce is not necessarily a sign of failure. Too often we view separation as the worst possible option, when in reality it can successfully resolve an unsatisfactory situation. At least some of the pressures on one-parent families and other divorcees derive from social attitudes that describe them as failures, odd or second-rate. This is unjust and inaccurate. Apart from anything else, these people are no longer exceptional. For example, one million single-parent family units, with 1.6 million children, now live in the United Kingdom. Along with other kinds of assistance to the family, society must recognize the changes in family structure and, with this understanding, show greater tolerance of alternative social groups.

Although we should recognize that a break-up can be a positive event, some evidence links it to ill health. However, the data should be interpreted carefully. We have to accept the difficulty of isolating divorce as a factor in illness and it is especially hard to determine

whether the increased vulnerability of divorcees is due to extraneous social or economic pressures, to psychological trauma, or to some combination of these factors.

A person's risk of ill health depends on many variables, including the number of siblings, socioeconomic status, social networks, the nature and duration of the breakdown process and the person's strategies for coping with it.

Several studies on adults show higher rates of morbidity and mortality among divorcees than among married, widowed or single people. Divorcees have higher rates of death from cancer, diabetes, pneumonia, hypertension, ischaemic heart disease and suicide, as well as increased morbidity from alcoholism, infections and psychosomatic disorders *(1)*.

Men appear to have a higher risk of ill health following separation than women. This may be because the change in their lives is greater, due to loneliness, a reduced standard of living and the loss of domestic service and contact with their children. They are also more likely to suffer psychological disorders and to abuse alcohol *(2)*.

In one survey, researchers found that many divorced men felt they had been abandoned. This resulted in strong feelings of aggression towards their ex-wives. The risk of violence is greater among men with low self-esteem and those without support from friends and relatives *(2)*.

The influence on children

The short-term effect of family breakdown on children is well documented and, as might be expected, the children's ages are important in determining how the separation will affect them. Even an unborn child is at greater risk since its health depends on that of its mother. A woman is more likely to have a premature baby or one with a low birth weight if she is single, and such children have increased rates of morbidity and mortality in both the short and long terms.

A family separation immediately after birth can also be critical *(3)*. For example, loss of contact with the father in the first years of life can cause identification problems, particularly for boys. Although at this stage family breakdown often causes developmental and behavioural retardation resulting in lasting damage, young

children have a remarkable ability to make up lost ground and in the long term, if the crisis is managed, they will probably show no health deficiencies. Further, children from three to five years old can exhibit considerable distress through regression, and behavioural and psychological disorders such as aggression, fear and sleeping disorders. However, these children also have a high recovery rate, and almost no long-term effects are discernible 5–10 years later.

When they are between six and ten, children are more likely to react to family breakdown with sorrow and depression. Even when the family history seems clearly to favour a divorce, as in cases of violence in the home, the children may have a strong sense of loss and guilt *(4)*. Amazingly, children of this age can give emotional support to their parents, although they are also susceptible to parental manipulation. Separation tends to affect boys more than girls in this age group.

During puberty and adolescence children feel intense pain, along with anger at their parents for having let them down at such a crucial point in their lives. Again, boys appear to experience more problems but can recover fully. Those who are able to detach themselves from the separation have the best prognosis *(5)*.

When assessing the impact of family breakdown on children, one must bear in mind the differences between individuals and the nature of the separations that they endure. The process can take many forms and has not been adequately explored in research. Long-term effects, such as criminality, problems with sexual behaviour, low self-esteem and psychopathological reactions, need further study. More population-based studies should be done, and the data of existing studies should be used more fully *(6)*.

Again, family breakdown is only one result of modern living patterns, and effects attributed to separation possibly depend on other factors within and outside the family. If social attitudes towards divorce change, perhaps the pressures that lead to ill health will diminish.

A framework for action

This report will not explore in detail the complex theories that seek to explain and describe crises or breakdowns and methods of managing them. However, the stages through which a family will pass during the breakdown process can be identified. Then appropriate

preventive or remedial services can be devised. Health professionals are sometimes criticized for providing haphazard aid or, at best, emergency first-aid responses. If families are to receive positive help, health professionals must offer planned and evaluated services.

The family can be seen as having a natural equilibrium *(7)*. The family essentially regulates itself, maintaining its balance and coping with the stresses and strains put upon it. A family breaks down when this balance is lost and the system is disrupted. This can occur because the external stresses on the family are too great or when its ways of coping are weak.

In the initial stages of breakdown, family members may well be aware that things are going wrong and look for information and skills to enable them to bring themselves back into balance. The family is said, therefore, to be in a teachable moment, when short-term help can be extremely effective *(7)*. Without such help, the family may continue to react in a disorganized way and these ineffective patterns of behaviour will become habits. Intervention at this later stage, when the family is in crisis, is often more prolonged and complicated.

Prevention

With this framework, three distinct stages of intervention can be set up to plan services, using the notion of primary, secondary and tertiary prevention. Primary prevention should be undertaken with all families and even with children, and would attempt to prevent problems from arising. This would involve extensive health education in schools about the roles and responsibilities of parenthood, information for couples before marriage and guidance for families that would identify the periods when they are most at risk of breakdown, such as during pregnancy, when the first child goes to school, and when all the children reach adolescence. Primary prevention would have three aims: to identify stresses that are likely to lead to breakdown, to reduce their impact, and to build up the family's ability to cope with them *(8)*.

Secondary prevention would detect a potential breakdown when the family is likely to be receptive and at its most teachable moment *(7)*. This would require some form of continuing surveillance, a system for identifying families at special risk and a mechanism for early intervention when a problem is suspected or detected.

Tertiary prevention services would tackle the problem when the family has entered the breakdown process and is already in crisis. Obviously, ways must be found to identify these families and offer support that will help them either to rebuild themselves or to break up in the least harmful way.

At present most health and social care is a kind of tertiary prevention, although the problem of family breakdown has received few services of any kind. Health professionals should use primary and secondary prevention because intervention is most effective in these stages.

Family support

Little is known about the range and variety of services available to help families in Europe. The availability and quality of services seem to be uneven, but many examples of good practice and innovation exist and should be revealed and encouraged. A descriptive study of family support services in Europe is a necessary first step towards improved provision.

In this report a distinction is made between formal and informal services. Formal services are those provided by the state or those governed by some form of statute. Informal services are all those not in the formal sector, including those provided by national voluntary organizations, self-help groups and local community bodies. The informal sector also encompasses the unorganized social networks that help support most individuals and families. Four examples of informal services are given in Annex 1.

Neither system can answer all the needs of the family. The state system, because it is held accountable, is generally less flexible and reacts slowly to new demands. On the other hand, it tries to provide services as a right and must spread its limited resources as far as possible. The informal system is naturally varied, since there will be different services in every area, but it can change more easily, and it will often appear more accessible and responsive.

The line between the two is not clear, and the systems can overlap. For example, a state system sometimes assists in setting up self-help groups or provides a counselling service similar to one run by a voluntary organization. However, a good relationship must exist between the formal and informal systems, and bringing the two together and fostering better understanding and cooperation

between them will be an enormous task. Each system must maintain its own strengths; the informal sector has no desire to adopt the responsibilities of the state. Only if both operate effectively will families have a choice.

The formal and informal health systems, then, must strike a balance. Services should be contructed to meet defined local needs. The formal and informal sectors should make a local, coordinated plan of services for families. This would encourage cooperation between them and identify limitations in the existing services. As part of the plan, the formal sector could give practical help to small local groups, such as providing rooms for meetings and administrative support. Such a plan would also establish guidelines for a free exchange of referrals between all agencies and set up ways of sharing information and knowledge.

Above all, the people in each sector must be willing to recognize the contribution of the other. To achieve this, professional staff working in the formal sector could be attached to local groups and projects. Their training programmes could be adapted to include a study of the role of the informal sector. Finally, to avoid duplication of services, professional staff could aid and advise community organizations. In addition, people in the informal sector should make greater use of statutory services and seek the cooperation and help of professionals working in it. Not only health professionals and activists, but also the families in need, must be aware of all the services offered in their area.

A comprehensive service

A universal blueprint for family services would be impractical and undesirable, because local services should be constructed to meet local needs. The programmes should respond to new demands as they arise and must be in tune with the culture and traditions of the people they serve. Informal systems will naturally take on different tasks in different areas and cannot be standardized.

Significant gaps clearly exist in current services, and, although a comprehensive review of available services has not yet been made, one or two areas where new services might be developed can be identified.

Primary prevention work with schoolchildren and young couples has already been mentioned. The neighbourhood family centres

established in a few places in the United Kingdom may offer a new kind of support to families by making them aware of services and helping to deflect potential problems.

Few countries seem to have adequate services for families in crisis and specialized services are urgently needed to offer help and support at this critical stage.

In addition, when considering a break-up involving the legal profession, a family must too often endure a prolonged and painful process of separation. Many countries need to develop effective conciliation services. These should not simply encourage families to stay together but should help them reach the most satisfactory settlement for all concerned.

The nursing contribution

The public has a well known and limited view of nurses and the media tend to show stereotyped images of them *(9)*. These misconceptions must be challenged if nurses are to be effective agents working with families throughout Europe. Nurses have been seen as practitioners who tend the sick in hospitals, an image a long way from the idea of a family or community health nurse in a number of European countries *(10)*.

Nurses can make a special contribution towards the prevention of family breakdown simply because they are there. Nurses who work in ante- and post-natal care, in child health clinics, in the school health service, in district health clinics and in other settings will encounter families going through breakdown in all of these situations. With the trend towards primary care and the policy of transferring resources into the community, the opportunities for and expectations of the nursing profession will increase.

Where they exist, family or community health nurses have been useful and effective sources of family services. Such a nurse has the advantage of working with families at times of greatest stress, such as births, children's formative years and the last years of life, and she is often more acceptable to the family than some other health professionals. For example, in some countries less social stigma is attached to being seen by the nurse than by a psychiatrist or a social worker. Also, clients can approach the nurse with a physical problem and then allow the emotional concern behind it to emerge

during the consultation. Often there is less of a social gap between nurses and their clients and, again, this may make an approach easier and the relationship more relaxed.

The community health nurse also has the advantage of seeing many families and developing contacts with them at times of calm, as well as being available when things go wrong. Further, she sees the family along with the individual in her work. For example, she would see both a handicapped child and the effects of the child's problems on other members of the family. She can also help to set up local activities, such as mothers' support groups, family discussions and playgroups. Finally, the community health nurse has the benefit of a postbasic training in counselling, teaching skills and liaison with other agencies.

Such a professional can provide primary and secondary prevention services and maintain contact with and support for the family when breakdown occurs. However, to be effective she should not operate alone. Her approach must include multidisciplinary teamwork and involvement with the community as a whole. An important part of her work is in referring clients to other agencies.

A political dimension

Family breakdown is a political, economic and social issue and should not be seen as the exclusive concern of the people affected. The links between ill health and social disadvantage are well documented, and improved services and fewer financial penalties could mitigate a family's problems. People must better understand the links between social factors, such as poverty, bad housing and poor diet, and the incidence of ill health and family tension. Moreover, all health professionals must join others in political action to expose inadequacies in current services and to inform the public of this relationship. In particular, people must learn how to protect their own health.

A future perspective

Prediction is at best a hazardous activity, and the pace of change today turns yesterday's prediction into today's history. However, some trends can be identified. The rise in the number of family separations is too recent to allow people to judge whether the

upward curve will continue. In the Federal Republic of Germany and Sweden, divorce rates are actually falling, although the significance of this cannot yet be assessed. At least a part of the dramatic increase in divorces may have been caused by the liberalization of laws in some countries and this would help to explain the present levelling off of the divorce rate. However, other forms of cohabitation seem to be here to stay, and society may eventually accept alternative family groups.

The choice for health care is stark: either services will be shifted towards preventive work in the community, or the present policy of investing huge sums in remedial high technology will continue. These options are not mutually exclusive, but the former would be more useful for family health.

No family is an island; the family's future structure and function will be determined by technological advances, economic and social policies, employment patterns and leisure opportunities, and by the degree to which men and women are permitted to direct their own lives.

CONCLUSIONS AND RECOMMENDATIONS

Research

Conclusions

The increased rate of family breakdown is only one symptom of the many influences of modern industrialized society. It is a complex phenomenon and its contribution to ill health is extremely hard to isolate from other factors.

Hard data on divorce rates are available in a number of countries but they do not cover the separations of unmarried couples nor can they provide any information about the impact of family breakdown on the lives of those concerned. More information is needed about the services that are available in different countries and about the most effective ways of providing support. Much existing research material can be used to extend understanding and develop policies in this area.

Recommendations

1. A descriptive study of family support services in Europe should be made.

2. Further research should be done on the relationship between the factors associated with family breakdown.

3. Support services at different stages of family breakdown should be studied and evaluated.

4. Greater use should be made of existing research data.

Coordination of services

Conclusions

The formal and informal family health systems must work willingly together to coordinate community services. Both systems can help families in response to family breakdowns. In most countries, the services of both sectors overlap and it is clear that different models of service provision are applicable in different settings. Also, people should have the opportunity to choose the services that they believe are most suited to their needs.

Neither sector has a monopoly of good practice, and each should learn from the other. The formal system has to attempt to meet an enormous range of needs and this can inhibit its capacity to innovate and be flexible. It must also identify priorities and perhaps reassess the current provision of services for families. The informal sector has no wish to assume the responsibilities of the state and a coordinated plan of services should use the strengths of both systems. Further, people from both the formal and informal systems must recognize situations in which their intervention would be ineffective or inappropriate. Finally, even when a problem is identified, every family has the right to refuse intervention.

Recommendations

1. Local coordinated plans of services for families should be made.

2. The formal sector should give practical assistance to small local groups, such as offering rooms for meetings and administrative support.

3. The formal and informal sectors should freely exchange information, knowledge and referrals.

4. The role and scope of the informal sector should be included in the training of all health professionals.

5. Each sector should show a greater willingness to recognize the contribution of the other.

6. Agencies providing services should acknowledge the right of families to refuse help and recognize situations in which their intervention would not be effective.

Children

Conclusions

Although every adult and every child will react in an individual way to a family breakdown, some common patterns of behaviour exist and should be further researched and understood.

In particular, boys will often react quite differently from girls and may, for example, become aggressive. It is clearly important to be aware of these differences and to develop ways of helping children and young people to overcome this traumatic period in their lives without lasting damage.

The effects of separation on children in the short term are well documented, but this data has not been used. Material dealing with the longer term is required.

The rights of children in separating families should be stated explicitly. These should include the right to be informed and be heard when decisions are made at the time of separation, although the parents will make the decisions. Clearly, the interests of children do not always come first. Especially when the legal profession becomes involved, the separation itself can become a long, harrowing, antagonistic process. Some countries have conciliation services, designed not necessarily to bring couples back together, but to reach a settlement in the best interests of their children, that attempt to solve this problem.

Recommendations

1. Child development and all phases of family development should take a central place in all basic nursing curricula.

2. More research should be conducted on the reactions of children to separation, and current research data, particularly existing longitudinal studies, should be accessible and studied.

3. The United Nations Children's Charter should include a section detailing the rights of children during family breakdown.

4. Specialized conciliation services should be established to ensure that parents' decisions at the time of separation serve the best interests of the children.

Intervention and prevention

Conclusions

Family breakdown is a process during which a family's internal support system stops working. A family break-up is the point at which separation occurs. Stages in life in which families are at more risk can be identified and primary prevention programmes should be established for these times, namely during pregnancy, when the first child goes to school and when the children all reach adolescence.

Ways must be found to identify families at special risk and to allow services to respond quickly when a problem arises. Also, effective services at the crisis point seem to be lacking, and these need to be investigated and tested.

Families should be aware of local services, be able to contact them easily and not feel intimidated by them. Family neighbourhood support centres, offering self-help groups and support from many health professions, can provide such a service.

The community can do a great deal to support families if the right initiatives are taken and resources made available.

National governments should have a coherent and positive policy towards the family. In particular, more help could be provided for young couples in many countries.

Men in separating families also need more help, and some efforts must be made to develop acceptable and accessible services for them.

Recommendations

1. Much greater emphasis should be placed on primary and secondary prevention. This should include work in schools and the roles and responsibilities of marriage and parenthood, work with mothers who have young children, high-risk families and people in mid-life crises.

2. New services should be set up to give support to families at the crisis point.

3. More information should be made available, to families and to couples before marriage, about the periods of greater risk of breakdown.

4. Neighbourhood support centres should be established, with support from different kinds of health professional and easy access for families.

5. Information about local services should be distributed more effectively.

6. Governments should give more practical help to young couples.

7. New and appropriate services should be developed for men facing family breakdown.

Nursing

Conclusions

In some countries, community health nurses work in a special position in the community and as a first point of contact for many families with problems. Their visits do not carry the stigma that is sometimes associated in the public mind with contact with social workers or psychiatrists. Often clients can approach a nurse with a

physical symptom and only later reveal the emotional concern behind it. Unfortunately, some people hesitate to approach a nurse with a non-physical problem. The pattern of health care is changing, however, and the nurses of the future will have to develop the knowledge and skills to work in the community and therefore to respond to the increasing number of families facing breakdown. This is already happening in some countries but additional postbasic training programmes will be needed in others. As nurses change, so must society's perception of their role.

The basic and continuing education of health professionals should include more emphasis on multidisciplinary teamwork. Problems of communication between professionals remain a major obstacle to rational and effective services.

Recommendations

1. General nurse training should be shifted towards primary health care and, in particular, the problems faced by modern family groups.

2. Special postbasic training should be available to nurses wishing to specialize in family health nursing.

3. Different professional groups should share training more often, to improve multidisciplinary teamwork.

4. Nurses and their employers should initiate a campaign to inform the public of their actual and potential role as sources of first-line prevention and support.

A political dimension

Conclusions

Health professionals and community groups must not simply respond to the immediate problems of families in breakdown. Society must have a much greater understanding of the relationship between social factors, such as poverty, bad housing, unemployment and lack of adequate diet, and ill health and family tension. If the public is to recognize this relationship, nurses and other health

professionals must join with community groups in political action at the national and local levels.

Divorce or separation does not necessarily mean failure; on the contrary, it can successfully resolve an unsatisfactory situation.

Alternative family arrangements that depart from the traditional model of two parents and one or two children should no longer be regarded as deviant. At least some of the pressures on the one-parent family come from social attitudes. Such parents and their children are often regarded as odd or second-rate.

People must recognize that family structures are changing in many countries. When this truth is accepted, a greater tolerance of alternative social groups should develop.

Recommendations

1. Health professionals should join the informal sector in highlighting inadequacies in services and identifying publicly the social causes of ill health.

2. Health professionals and community groups should challenge prejudices against non-traditional family groups.

3. Services should continue to be provided and new ones should be developed as needed for all family groups.

REFERENCES

1. **Ader, R.** Psychosomatic and psychoimmunologic research. *Psychosomatic medicine*, **42**(3): 307–321 (1980).
2. **Nyström, S.** The use of somatic hospital care among divorced. *Scandinavian journal of social medicine*, Suppl. No. 17: 1–48 (1980).
3. **Bowlby, J.** *Maternal care and mental health*, 2nd ed. Geneva, World Health Organization, 1952 (Monograph Series, No. 2).
4. **Little, M.** *Family breakup: understanding marital patterns and the mediating of child custody decisions*. San Francisco, Jossey Bass, 1982 (Social and behavioral science series).

5. **Bridgewater, C.A.** Divorce: the long term effects on children. *Psychology today*, **18**(7): 9 (1984).
6. **Fogelman, K.** *Growing up in Great Britain: papers from the National Child Development Study*. London, Macmillan, 1983.
7. **Barzilay, R.** Families in precrisis. *Nursing times*, **80**(14): 36–39 (1984).
8. **Caplan, G.** *Principles of preventive psychiatry*. New York, Basic Books, 1964.
9. **Rayner, C.** What do the public think of nurses? *Nursing times*, **80**(35): 28–31 (1984).
10. **Farrell, M. & Flynn, B.** *The role of nursing in primary health care*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1982 (unpublished document EURO/NURS 82.1).

Annex I

PROJECTS AND SCHEMES IN THE INFORMAL SECTOR

The Asian Mother and Baby Campaign (United Kingdom)

This two-year campaign is run by the Save the Children Fund to improve the health services provided for the Asian community in the United Kingdom. Apart from being a health education campaign with material in five Asian languages, the project employs special link workers who act as support and liaison staff between the National Health Service and the Asian community. They are trained and supported by a central campaign team and one of their main functions is to ensure that National Health Service staff develop a greater understanding of the needs of the Asian community. Where services are lacking, the project team tries to exert influence to improve the situation.

The Gingerbread Movement (United Kingdom)

The Gingerbread Movement is a national network of over 400 local self-help groups run by and for parents who are raising their children alone. The majority of Gingerbread members are divorced or separated mothers and the rest are divorced or separated fathers with children, widows, widowers and unmarried mothers.

Since 1976, the United Kingdom's Department of Health and Social Security has provided approximately 50% of the cost of maintaining Gingerbread's national office and a staff team of eight to give advice, information, training and support to its network of groups.

All groups must provide:

— a meeting place for single parents and their children

— opportunities for friendship and relief from isolation

— information and advice on a wide range of issues

— co-counselling and emotional support

— practical help with bringing up children.

Sixty Gingerbread groups have chosen to extend their voluntary self-help activities into more formal service provision projects. These groups have usually started with the aim of meeting one specific need but then gone on to establish support centres that offer a combination of advice and information services, day care for the children under five and of school age, housing for the temporarily homeless and informal drop-in facilities. A few have also developed educational or employment projects. On the whole, these groups have obtained resources through grants from local government and their own fund-raising efforts.

Parents' Forum (France)

Parents' Forum is an open-house for child specialists and parents in Paris. It aims to encourage exchanges of information and knowledge among parents and professionals. It is open to anyone concerned with the development of children, and its members include parents, grandparents, psychologists, nurses, midwives, social workers, doctors and teachers. All of them live locally and people can drop in to Parents' Forum at any time. This provides an outlet for parents to talk about their children, whether they are infants, young children or adolescents. Open discussions are held every month on topics such as toilet training, aggression and childhood health problems.

The Parents' Forum also encourages parents who share a common interest in one topic to set up smaller discussion groups, with a professional in the relevant field.

There is also a library and a contact service for baby-sitting, exchanging child care items and other activities.

Motherhelp (Denmark)

The Motherhelp scheme is designed to provide information and professional advice to families in need. Most of its work is with women bringing up children on their own, many of them struggling

after family breakdown. The scheme puts eight different professional disciplines at the disposal of clients and acts as a point of referral to the state system of services.

An important feature of the Motherhelp scheme is its campaigning role. Its members are not content to ameliorate the inadequacies of the formal sector but draw public attention to the plight of their clients as an important part of their work.

Annex 2

PARTICIPANTS

Temporary advisers

Dr N. Akdemir, Editor, *Turkish journal of nursing*, Hacettepe University, Ankara, Turkey

Mrs R. Barzilay, Department of Nursing, Sackler Faculty of Medicine, University of Tel Aviv, Israel

Professor F. Beske, Director, Institut für Gesundheitssystems-Forschung, Kiel, Federal Republic of Germany

Ms H. Bild, Health Visitor/Nurse Tutor, Sentralvn. 23 B, Ås, Norway

Ms M. Christensen, Journalist, *Søndags B.T.*, Copenhagen, Denmark

Mrs J. Clark, Health Visitor/Senior Nurse (Research), West Berkshire Health Authority, Reading, United Kingdom

Mr N. Dickson, Editor, *Nursing times*, London, United Kingdom (*Rapporteur*)

Mrs C. Fonsagrive, Maison des Parents, Paris, France

Dr H.-J. Gehrmann, Zweites Deutsches Fernsehen, Mainz-Lerchenberg, Federal Republic of Germany

Miss A. Grauhan, Editor, *Deutsche Krankenpflegezeitschrift*, Stuttgart, Federal Republic of Germany (*Chairman*)

Professor K. Jork, Leiter des Institutes für Allgemeinmedizin, Klinikum der Johann Wolfgang-Goethe-Universität, Frankfurt, Federal Republic of Germany

Mrs S. Kastholm Hansen, Midwife, Motherhelp, Ballerup, Denmark

Mrs I. Torok Katalin, Journalist, *Nok lapja*, Budapest, Hungary

Mrs J. Kaufmann, General Secretary, Gingerbread Movement, London, United Kingdom

Dr B. Lennéer-Axelson, Assistant Professor in Psychology, University of Gothenburg, Sweden

Dr B. Lindström, Research Assistant, Nordic School of Public Health, Gothenburg, Sweden

Professor E. Maier, Social Paediatrician, Cologne, Federal Republic of Germany

Mr B. Miklavčič, President, Republic Committee for Health and Social Welfare, Ljubljana, Yugoslavia

Ms A. Mostyn-Owen Servadio, Journalist, *Grazia*, London, United Kingdom

Mr P. O'Neill, Third World: EEC Media Consultancy, London, United Kingdom

Mrs B. Rakovec, Editor-in-Chief, *Jana*, Ljubljana, Yugoslavia

Mrs A. Randal, Journalist, *Elle*, Paris, France

Ms C. Sandberg, Journalist, *Allas veckotidning*, Malmö, Sweden

Mrs B. Westphal Christensen, Nursing Research Consultant, Danish Nurses' Organization, Copenhagen, Denmark

Mr M. Whitlam, Deputy Director, Save the Children Fund, Child Care UK, London, United Kingdom

Mr W. Wilken, Director-General, Federal Children's Welfare Association, Hanover, Federal Republic of Germany

Ms P. van der Zalm, Journalist, *Utrechts nieuwsblat*, The Hague, Netherlands

Observers

Mrs E. Beikirch, Paediatric Nurse, External Nursing Service, Berlin (West)

Mrs M. Hipp, National Office of German Midwives, Karlsruhe, Federal Republic of Germany

WHO Regional Office for Europe

Dr M. Farrell, Regional Officer for Nursing

RESUME

A cette réunion du groupe de travail ont pris part vingt-six conseillers temporaires (six infirmières, trois médecins, un psychologue, un politicien, cinq représentants des groupes communautaires et dix journalistes), ainsi que deux fonctionnaires du Bureau régional. La réunion se proposait les objectifs ci-après :

— compléter les données dont on dispose, et analyser la perception des problèmes de santé soulevés lors de la dissolution de la famille dans la Région européenne de l'OMS;

— étudier les incidences sur ces questions des stratégies mondiale et régionales, ainsi que celles du document de l'OMS sur les buts;

— sensibiliser les professionnels de la santé, ainsi que la collectivité, aux multiples aspects que présentent ces questions, dans l'optique d'une étude du rôle des infirmières, des sages-femmes et de la collectivité visant à prévenir les effets néfastes de la dissolution de la famille, et à promouvoir la santé des familles;

— établir un dialogue sur ces questions entre les services de santé officiels et parallèles et les représentants de la collectivité;

— expérimenter une approche alternative aux efforts de l'OMS destinée à permettre à la collectivité d'y participer en organisant la réunion sous une forme novatrice, à savoir en réunissant des professionnels de la santé et des représentants

de la collectivité, ensuite réunis en deux groupes d'experts appelés à répondre à des questions, l'un d'entre eux étant appelé à représenter la presse spécialisée et la grande presse ("audience active").

Discussion

La dissolution de la famille est désormais un phénomène social important dans toute l'Europe et a des répercussions parfois même lointaines sur la santé. Bien qu'il soit difficile de déterminer des rapports de causalité simple entre séparation des conjoints et accroissement de la morbidité, il n'est pas douteux que les divorcés sont plus vulnérables à la mauvaise santé et que leur taux de mortalité est plus élevé. Les enfants aussi souffrent pendant la période de dissolution, mais il convient de procéder à des études plus poussées pour déterminer les effets à long terme sur eux.

Il ne faudrait pas cependant considérer le divorce comme un signe d'échec. L'éclatement d'une famille peut constituer un événement positif, et il faut être beaucoup plus tolérant pour les solutions s'écartant du groupement familial traditionnel de deux parents avec un ou deux enfants.

On peut définir des stratégies d'intervention fondées sur des soins de santé préventive. Les infirmières, ainsi que d'autres professionnels de la santé et travailleurs sociaux, sont à même de mieux conseiller les familles qui ne sont pas encore en crise. Il faudrait créer des conditions de nature à éviter que les familles ne se dissolvent et dépister celles qui risquent de le faire.

Le système de santé officiel, en d'autres termes l'Etat, ne saurait connaître toutes les réponses, et ses services devraient être appelés à communiquer et à collaborer davantage avec les groupes de toute nature dans la collectivité. Un plan coordonné à l'échelle locale, entre services officiels et autres, constituerait un point de départ valable pour le travail en commun.

Les infirmières ont un rôle important à jouer. A mesure que se développent les soins de santé primaires, un plus grand nombre d'infirmières travailleront dans la collectivité, et des infirmières spécialisées en santé familiale assurent d'ores et déjà dans certains pays des services d'une portée capitale. Une telle approche devrait être adoptée dans toute l'Europe.

La dissolution de la famille et la séparation comporte des problèmes sociaux, politiques et économiques et les difficultés que rencontrent les familles ainsi brisées sont essentiellement d'origine extérieure. Il est du devoir des professionnels et des groupes communautaires de faire connaître les liens entre facteurs sociaux et mauvaise santé et de se mettre en campagne ensemble pour améliorer les services inadéquats.

Organisation de la réunion

Les participants se sont répartis en trois groupes : le groupe de la collectivité et celui des professionnels de la santé était observé par le groupe de la presse, qui faisait fonction d'audience. On était partis de l'idée que la presse devait stimuler le dialogue entre les deux groupes d'experts en posant des questions pertinentes. Les journalistes avaient été de leur côté invités à préparer une brochure sur la dissolution de la famille, fondée sur les débats et sur les communications échangées en cours de réunion.

Il est apparu dès l'abord que des différences d'accent significatives existaient entre les deux groupes d'experts et que chacune des parties éprouvait de la difficulté à "digérer" le point de vue et la contribution de l'autre. En dernière analyse, les groupes eux-mêmes ont fait état de cette lacune et décidé de se réunir pour tenter de répondre à quelques-unes des questions. Il n'est pas douteux que les positions se soient ainsi rapprochées et, à la fin de la réunion, l'un et l'autre groupes étaient très désireux de mettre l'accent sur la nécessité d'une collaboration accrue entre services officiels et groupes bénévoles.

Conclusions et recommandations

Recherche

Le rythme croissant de la dissolution des familles n'est que l'une des manifestations des nombreuses pressions qui s'exercent sur la société industrielle moderne. Il s'agit d'un phénomène complexe, et sa contribution à la mauvaise santé est extrêmement difficile à isoler des autres facteurs.

On dispose dans la plupart des pays de données sur les taux de divorcialité, mais les statistiques ne font pas état de la séparation de

couples non mariés ni ne peuvent renseigner sur l'incidence de la dissolution de la famille sur la vie de ceux qui sont en cause. Il faut aussi obtenir davantage d'informations sur les services disponibles dans les divers pays et sur les façons les plus rationnelles d'assurer le soutien. En outre, de grandes quantités de données de recherche sont évidemment disponibles, sans toutefois servir à améliorer la connaissance ou à élaborer les politiques dans ce domaine.

1. Il conviendrait de procéder à une étude descriptive des services de soutien familial en Europe.

2. Il faudrait poursuivre les recherches sur les rapports existant entre les différents aspects de la dissolution des familles.

3. Il conviendrait d'évaluer le rôle des services d'appui à différents stades de la dissolution des familles.

4. Il conviendrait de tirer un meilleur parti des données de recherche existantes.

Coordination des services

Il importe de coordonner d'urgence les services dans la communauté et de développer la coopération et la compréhension entre services officiels et informels. Les uns et les autres sont en mesure d'apporter une contribution positive dès lors qu'il y a dissolution de la famille. Dans la plupart des pays, certains services font double emploi et il est clair que différents types de services sont souhaitables selon les circonstances. Le choix importe aussi, et les individus devraient avoir la possibilité de recourir aux services qu'ils estiment répondre le mieux à leurs besoins.

Aucun des deux secteurs, public ou privé, n'a le monopole des bonnes pratiques et il leur faut se concerter pour apprendre les uns aux autres. Le système officiel doit s'efforcer de faire face à un éventail énorme de besoins, et cela risque de mettre en échec son aptitude à innover et à se montrer souple. Il lui faut aussi déterminer les priorités, et l'on devra peut-être remettre en cause les modalités actuelles de la prestation des services aux familles.

Le secteur informel ne souhaite en aucune façon se charger des responsabilités qui incombent à l'Etat et il est nécessaire, autant que

faire se peut, d'établir des priorités, d'élucider le rôle des uns et des autres et de tirer le meilleur parti possible des aspects positifs de l'un et de l'autre. Le système officiel a reconnu comme le système privé que dans certaines situations les professionnels ou au contraire les aides bénévoles ne sauraient intervenir efficacement, et l'on serait alors mal avisé d'y faire appel. Même face à un problème chaque famille a le droit de refuser l'intervention.

1. Il conviendrait d'élaborer des plans locaux pour assurer aux familles des services coordonnés.

2. Le secteur officiel devrait apporter une assistance pratique aux petits groupes locaux en mettant à leur disposition des salles de réunion, des services d'appui administratif, etc.

3. On devrait pouvoir procéder librement à des échanges d'informations, de connaissances et d'orientation entre secteurs officiel et informel.

4. La formation de tous les professionnels de la santé devrait comporter des renseignements sur le rôle et le champ d'activités du secteur informel.

5. L'un et l'autre secteurs devraient se montrer plus désireux de reconnaître la contribution de l'autre.

6. Les organisations de services devraient admettre le droit des familles de refuser une aide et reconnaître que dans certaines circonstances leur intervention ne serait pas efficace.

Les enfants

Chaque adulte et chaque enfant réagit à sa manière en cas de dissolution de sa famille; il existe cependant des schémas communs de comportement, qui doivent faire l'objet de recherches plus poussées et qu'il faudrait pouvoir mieux comprendre.

En particulier, les garçons réagissent souvent de façon tout à fait différente des filles et il leur arrive, par exemple, de devenir agressifs. Il est évidemment important d'avoir conscience de ces différences et de mettre au point des moyens d'aider les enfants et les adolescents

à surmonter cette période traumatique de leur vie sans en conserver des séquelles durables.

Les effets à court terme de la séparation sur les enfants sont bien documentés. On manque, par contre, de documentation sur les répercussions à long terme; de nombreuses données disponibles n'ont pas été utilisées.

Les droits des enfants dans les familles en cours de séparation devraient être énoncés de façon explicite, y compris le droit d'être informé et écouté lorsque des décisions sont prises au moment de la séparation. Quant aux décisions elles-mêmes, elles doivent bien évidemment être prises par l'un et l'autre parents.

Il est clair que les intérêts des enfants ne viennent pas toujours au premier rang. En particulier, lorsqu'on a recours aux hommes de loi, la procédure elle-même devient parfois un conflit long et pénible. Dans certains pays, des services de conciliation existent, non pas nécessairement pour réunir les conjoints mais pour les amener à se mettre d'accord dans l'intérêt de leurs enfants.

On devrait consacrer aux hommes une attention accrue, et il faudrait s'efforcer d'élaborer des façons de procéder qui soient acceptables pour eux et qui leur soient accessibles.

1. Le développement des enfants devrait faire partie de tous les programmes fondamentaux de formation des infirmières.

2. Il faudrait procéder à des recherches plus poussées sur les réactions des enfants en cas de séparation, et les données existantes devraient être diffusées et utilisées. En particulier, il existe certaines études longitudinales dont on devrait tirer tous les renseignements qu'elles contiennent.

3. La charte de l'enfant, élaborée par les Nations Unies, devrait comporter une section relative à la dissolution de la famille.

4. Des services de conciliation spécialisés devraient être établis pour s'assurer que les décisions prises au moment de la séparation le soient dans l'intérêt des enfants.

5. Il faudrait élaborer de nouveaux services appropriés pour les hommes amenés à faire face à la dissolution de leur famille.

Intervention et prévention

La rupture des familles est un processus au cours duquel le système d'appui interne cesse de fonctionner. Il ne s'agit pas seulement du point dans le temps où la séparation se produit. On peut déterminer les stades de la vie au cours desquels les familles sont le plus vulnérables, et il importe d'établir des programmes de prévention primaire pour ces situations (par exemple, pendant la grossesse, lorsque le premier enfant va à l'école et lorsque tous les enfants sont adolescents).

Il conviendrait d'établir des mécanismes permettant de déceler les familles particulièrement vulnérables et créer des services capables de répondre rapidement lorsque se produit un problème. Il semble aussi que l'on manque de services efficaces au moment de la crise, et une analyse, ainsi qu'une mise à l'épreuve de tels services, s'imposent d'urgence.

Les familles devraient être au courant de l'existence des services locaux, être en mesure de les contacter aisément et ne pas se sentir intimidées par eux. Des centres d'appui de quartier, avec des groupes d'auto-assistance et des services de soutien multiprofessionnels, sont de nature à assurer un tel service. La collectivité peut intervenir de façon utile pour aider les familles, à condition que l'on prenne des initiatives valables. Des activités de projets peuvent aider à élaborer de nouveaux services.

Les gouvernements nationaux devraient adopter des politiques cohérentes et positives en matière familiale, et l'on pourrait notamment aider davantage les jeunes couples.

1. Il faudrait mettre bien plus l'accent sur la prévention primaire et secondaire. A ce titre, il conviendrait d'envisager des activités scolaires sur le rôle et la responsabilité en matière de mariage et de vie parentale et travailler avec les mères de jeunes enfants, les familles très vulnérables, les individus en crise de maturité, etc.

2. Il conviendrait d'établir de nouveaux services pour aider les familles en crise.

3. Il faudrait mieux informer les couples avant leur mariage et prévenir les familles de l'époque à laquelle elles risquent davantage la dissolution.

4. Il faudrait créer des centres d'appui de quartier assurant un soutien multiprofessionnel; ces centres devraient être d'accès aisé.

5. Les informations sur les services locaux devraient être diffusées de façon plus efficace.

6. Les gouvernements devraient assurer davantage de services d'appui pratique aux jeunes couples.

Les soins infirmiers

Dans certains pays, des infirmières spécialisées dans la santé familiale ont un accès privilégié à la collectivité et constituent le premier point de contact avec de nombreuses familles à problèmes. Elles possèdent l'avantage de ne pas porter les stigmates qui sont parfois associés dans l'esprit du public aux assistantes sociales ou aux psychologues. Les clients prennent souvent contact avec une infirmière en lui indiquant tout d'abord un problème d'ordre physique, pour ne révéler une préoccupation émotionnelle que par la suite.

On a reconnu en outre que les infirmières ne sont pas toujours considérées comme le mieux armées face à un problème d'ordre non physique. Le profil des soins de santé évolue cependant, et les infirmières devront ultérieurement développer leurs connaissances et leurs compétences en vue d'un travail dans la collectivité. Ce faisant, elles seront en mesure de répondre au nombre croissant de familles confrontées à la dissolution. Il est clair que dans certains pays il en est déjà ainsi, mais en règle générale, des programmes de formation supérieure seront nécessaires. Simultanément, la perception que l'on a dans la société du rôle de l'infirmière devra se modifier profondément.

Il faudrait aussi prêter davantage d'attention au travail d'équipe multidisciplinaire, pendant la formation de base et l'éducation continue des professionnels. Les problèmes de communication entre eux demeurent l'un des principaux obstacles à la prestation de services rationnels et efficaces.

1. La formation générale des infirmières devrait être réorientée vers les soins de santé primaires et plus particulièrement les problèmes auxquels ont à faire face les groupements familiaux modernes.

2. Une formation supérieure devrait être offerte aux infirmières désireuses de se spécialiser dans les soins de santé familiale.

3. La formation devrait être davantage répartie entre différents groupes professionnels de manière à favoriser le travail en équipe multidisciplinaire.

4. Les infirmières et leurs employeurs devraient entreprendre une campagne pour informer le public sur leur rôle actuel et potentiel en tant que professionnels de la prévention et de l'appui en première ligne.

La dimension politique

Il ne suffit pas que les professionnels de la santé, ou même les groupes de la collectivité, répondent aux problèmes immédiats des familles en dissolution. Une meilleure compréhension accrue des rapports existants entre d'une part les facteurs sociaux tels que la pauvreté, les logements médiocres, le chômage, le défaut d'une nourriture appropriée et, de l'autre, la mauvaise santé et les tensions familiales, devra s'instaurer. Si l'attention du public doit être attirée sur ces relations, une action politique conjointe s'impose tant au plan national que local, menée par les infirmières, d'autres professionnels de la santé et les groupes dans la collectivité.

Divorce ou séparation ne signifie pas nécessairement échec; au contraire, cela peut amener à résoudre de façon positive une situation insatisfaisante. Les groupements familiaux qui se démarquent du modèle traditionnel des deux parents avec un ou deux enfants ne devraient plus être considérés comme des déviations. Certaines des pressions auxquelles sont soumises les familles monoparentales découlent à tout le moins des attitudes de la société. Elles sont considérées souvent, avec leurs enfants, comme étant "bizarres", "originales" et, en quelque sorte, de seconde catégorie.

Il importe de reconnaître d'urgence que les structures familiales évoluent dans de nombreux pays. Une fois que cela aura été admis et accepté, une tolérance majeure des groupements sociaux autres devrait s'instaurer.

1. Les professionnels de la santé devraient, en commun avec le secteur informel, s'attacher à mettre en lumière les faiblesses

des services et à identifier publiquement les causes sociales de la mauvaise santé.

2. Les professionnels de la santé et les groupes dans la collectivité devraient lutter contre les préjugés qui s'attachent aux groupements familiaux non professionnels.

3. Il faudrait continuer d'assurer les services et d'en offrir de nouveaux pour tous les groupements familiaux.

ZUSAMMENFASSUNG

Die Arbeitsgruppe bestand aus 26 Beratern auf Zeit (sechs Krankenschwestern, drei Ärzte, ein Psychologe, ein Politiker, fünf Vertreter von Privatinitiativen und Verbänden, zehn Journalisten) und zwei Mitarbeitern des Regionalbüros. Zweck der Tagung war:

— das in der Europäischen Region der WGO bestehende Datenmaterial über die gesundheitlichen Aspekte der Familienzerrüttung zu erweitern und die diesbezüglichen Anschauungen zu überprüfen;

— die Auswirkungen der globalen und regionalen Strategien der WGO sowie des WGO-Zieldokuments auf diesen Problembereich zu prüfen;

— das Gesundheitspersonal und Gemeinwesen im Hinblick auf die vielschichtigen Aspekte dieses Problemkomplexes zu sensibilisieren, genauer, die Rolle der Krankenschwestern, Hebammen und der Bevölkerung in bezug auf die Prävention nachteiliger Auswirkungen der Familienzerrüttung und hinsichtlich der Förderung der familiären Gesundheit zu untersuchen;

— zwischen Vertretern des offiziellen und des inoffiziellen Gesundheitsversorgungssystems sowie Vertretern der Öffentlichkeit einen Dialog über diese Gesundheitsproblematik einzuleiten;

— im Rahmen der Bemühungen der WGO um Einbeziehung der Allgemeinheit hier einen neuen Weg einzuschlagen, indem die Tagung auf eine neue Weise durchgeführt wird;

— es wurden zwei Expertengruppen gebildet; die eine umfaßte Vertreter des Gesundheitsbereichs und die andere Vertreter der Privatinitiativen und Verbände. Eine dritte Gruppe bildeten Vertreter der öffentlichen und der Fachpresse — sie spielten die Rolle einer aktiv teilnehmenden Zuhörerschaft.

Diskussion

Die Zerrüttung der Familienverhältnisse stellt in ganz Europa bereits ein ernstes soziales Phänomen dar und hat weitreichende gesundheitliche Folgen. Auch wenn es schwerfällt, zwischen der Lösung der Familienbande und einer Zunahme der Krankheitsfälle eine einfache kausale Verbindung herzustellen, wird nicht bezweifelt, daß Geschiedene häufiger krank werden und eine höhere Mortalitätsziffer aufweisen. Auch die Kinder leider unter der Auflösungsphase, doch müssen die langfristigen Folgen bei ihnen noch genauer untersucht werden.

Trotzdem sollte eine Scheidung nicht unbedingt als ein Versagen betrachtet werden. Die Auflösung der Familienbeziehungen kann durchaus eine positive Entwicklung darstellen; den Alternativen zum herkömmlichen Familientypus (zwei Elternteile und ein oder zwei Kinder) sollte man mit mehr Toleranz begegnen.

Es besteht die Möglichkeit, im Rahmen der präventiven Gesundheitsbetreuung Interventionsstrategien zu entwerfen. Krankenschwestern und andere Fachkräfte aus dem Gesundheits- und Sozialbereich können besser eine Familie beraten, die noch nicht das Krisenstadium erreicht hat. Es sollten deshalb Anstrengungen unternommen werden, um Verhältnisse zu schaffen, die eine Familienzerrüttung verhindern, und die es ermöglichen, daß eine sich abzeichnende Zerrüttung entdeckt wird.

Das offizielle Gesundheitswesen kann nicht alle Probleme lösen und sollte sich deshalb mehr mit den bevölkerungsnahen Gruppen aller Art zusammentun. Ein zwischen dem offiziellen und inoffiziellen Sektor koordinierter Plan für örtlich begrenzte Bereiche wäre eine gute Ausgangsbasis für die Zusammenarbeit.

Den Krankenschwestern fällt eine umfangreiche Rolle zu. In dem Maße, wie die primäre Gesundheitsversorgung aufgebaut wird, werden zunehmend mehr Krankenschwestern im Gemeinwesen

eingesetzt; in einigen Ländern gibt es bereits Fachkrankenschwestern für Familiengesundheit, die sehr wichtige Dienstleistungen erbringen. Ein solches Vorgehen ist für ganz Europa zu empfehlen.

Die Zerrüttung und Auflösung einer Familie hat soziale, politische und wirtschaftliche Seiten; die Belastungen der auseinandergehenden Familienmitglieder sind größtenteils nicht selbst verschuldet. Es obliegt den Fachleuten und bevölkerungsnahen Gruppen, die Öffentlichkeit auf die Verbindung zwischen sozialen Faktoren und Gesundheitsmängeln hinzuweisen und gemeinsam öffentlich für eine Besserung unzureichender Dienste einzutreten.

Organisatorische Durchführung der Tagung

Die Teilnehmer zerfielen in drei Gruppen: Vertreter der Privatinitiativen und Verbände, Vertreter der Gesundheitsberufe und Pressevertreter, die die Rolle der Zuhörerschaft spielten. Die letztgenannte Gruppe sollte sachdienliche Fragen stellen und dadurch den Dialog zwischen den erstgenannten beiden Gruppen anregen. Die Journalisten wurden außerdem gebeten, auf Grundlage der Diskussionen und eingereichten Beiträge eine Broschüre über die Familienzerrüttung auszuarbeiten.

Von Anfang an zeigte es sich, daß in der Haltung der beiden Gruppen die Schwerpunkte verschieden gelagert waren; es erwies sich als schwierig, sich mit den gegenseitigen Standpunkten und Beiträgen abzufinden. Die beiden Gruppen wurden sich stufenweise der Diskrepanzen bewußt und entschlossen sich, einige Probleme auszudiskutieren. Dadurch kamen sie sich zweifelsohne näher und forderten am Ende der Tagung gemeinsam, daß die Zusammenarbeit zwischen den offiziellen Diensten und Privatinitiativen verstärkt werden müsse.

Schlussfolgerungen und Empfehlungen

Forschung

Das steigende Maß der Familienzerrüttung ist nur eines der Symptome, die durch den Druck der modernen Industriegesellschaft entstehen. Die Familienzerrüttung ist ein kompliziertes Phänomen; ihre gesundheitsgefährdende Wirkung läßt sich nur schwer von anderen Faktoren isolieren.

Die Ehescheidungsziffern sind in den meisten Ländern verfügbar, doch erfassen sie nicht die Auflösung eheähnlicher Gemeinschaften und geben keinen Aufschluß über die Auswirkung der Zerrüttung auf die Beteiligten. Ein Informationsnachholbedarf besteht auch in bezug auf die in den verschiedenen Ländern vorzufindenden Dienste und die effektivste Art der Hilfeleistung. Es steht außerdem fest, daß umfangreiches Forschungsmaterial vorliegt, das leider nicht ausgewertet wird, um die Kenntnisse in diesem Problembereich auszuweiten bzw. um entsprechende Grundsatzrichtlinien zu entwickeln.

1. Man sollte eine erläuternde Studie über die Familienhilfe in Europa anfertigen.

2. Die Beziehungen zwischen den an der Familienzerrüttung beteiligten Faktoren sollten genauer untersucht werden.

3. Es sollte untersucht werden, welche Rolle die Familienhilfe in den verschiedenen Zerrüttungsstadien spielt.

4. Die vorliegenden Forschungsdaten sind gründlicher auszuwerten.

Koordinierung der Dienstbereiche

Die verschiedenen Dienstbereiche müssen dringend stärker koordiniert und zwischen dem offiziellen und inoffiziellen Sektor gegenseitiges Verständnis und Zusammenarbeitswille entwickelt werden. Beide Sektoren können einen positiven Beitrag leisten. In den meisten Ländern überlappen sich die Gebiete; es steht auch fest, daß den Gegebenheiten entsprechend verschiedene Verfahren der Leistungserbringung angewendet werden können. Es sollte auch eine Wahlmöglichkeit bestehen, damit die Klienten die ihren Bedürfnissen am besten entsprechenden Leistungen auswählen können.

Keiner der beiden Sektoren kann behaupten, daß er in bezug auf gute Praxis eine Monopoleinstellung einnehme — beide Sektoren können und müssen voneinander lernen. Der offizielle Sektor hat ein extrem breites Spektrum an Bedürfnissen zu befriedigen, wodurch möglicherweise die Innovationsfreudigkeit und Flexibilität eingeschränkt wird. Der offizielle Sektor sollte außerdem

Prioritäten festsetzen und die gegenwärtige Entwicklung der Familienbetreuung erneut unter die Lupe nehmen.

Der inoffizielle Sektor zielt nicht darauf ab, die Aufgaben des offiziellen Sektors an sich zu reißen und sollte ebenfalls, soweit möglich, Prioritäten festlegen, Rollen abgrenzen und die Vorteile beider Systeme nutzen. Die Vertreter sowohl des offiziellen als auch des inoffiziellen Systems gaben zu, daß in manchen Situationen weder die Fachkraft noch der Laienhelfer mit Aussicht auf Erfolg eingreifen kann und man es am besten unterläßt. Auch wenn ein Problem ausgemacht worden ist, hat jede Familie das Recht, eine Intervention zu verweigern.

1. Es sollten Pläne für den lokalen Rahmen aufgestellt werden, die eine koordinierte Leistungserbringung gegenüber den Familien festlegen.

2. Der formale Sektor sollte die kleinen Gruppen am Ort praktisch unterstützen, indem er beispielsweise Sitzungsräume und administrative Unterstützung anbietet.

3. Zwischen dem offiziellen und inoffiziellen Sektor sollte ein ungehinderter Informations- und Wissensaustausch sowie Überweisungsmöglichkeiten bestehen.

4. In die Ausbildung aller Gesundheitsfachkräfte sollte auch die Informierung über Funktionsrolle und Aufgabenumfang des inoffiziellen Sektors eingehen.

5. Bei beiden Sektoren sollte eine größere Bereitwilligkeit vorhanden sein, die Leistungen des anderen Sektors anzuerkennen.

6. Die betreffenden Dienststellen sollten das Recht jeder Familie auf Hilfeverweigerung anerkennen und sich darüber klar sein, daß in manchen Situationen eine Intervention erfolglos sein kann.

Kinder

Auch wenn jeder Erwachsene und jedes Kind subjektiv auf die Zerrüttung ihrer Familie reagieren würde, gibt es doch Ähnlichkeiten im Verhalten, die genauer zu untersuchen sind.

Zum Beispiel reagieren Knaben oft anders als Mädchen und werden beispielsweise aggressiv. Solche Unterschiede sollten berücksichtigt werden; es ist auch wichtig, daß den Kindern und Jugendlichen während dieser traumatischen Periode ihres Lebens geholfen wird, so daß sie keine Dauerschäden davontragen.

Die kurzzeitigen Auswirkungen einer Familienauflösung auf die Kinder sind gründlich erforscht. Doch fehlt es an Unterlagen über die langfristigen Folgen; außerdem ist ein Großteil der Daten noch nicht ausgewertet worden.

Die Rechte der Kinder einer zerbrechenden Familie sollten klar festgelegt sein und auch das Recht der Kinder umfassen, daß sie informiert werden und man ihre Meinung berücksichtigt, wenn zum Zeitpunkt der Familienauflösung Entscheidungen getroffen werden. Diese Entscheidungen sind natürlich von den beiden Elternteilen zu treffen.

Selbstverständlich stehen die Interessen der Kinder nicht immer an erster Stelle. Besonders wenn rechtliche Fragen zu lösen sind, kann die Auflösung der Familie eine langwierige, nervenaufreibende Sache werden. In einigen Ländern gibt es Versöhnungszentren, die nicht ausschließlich der Versöhnung dienen, sondern auch auf Lösungen zum Besten der Kinder hinarbeiten.

Auch die Väter verdienen eine stärkere Berücksichtigung; es sollten Ansätze ausgearbeitet werden, die für sie akzeptabel sind und deren sie sich auch bedienen können.

1. Entwicklungspädagogik im Kindesalter sollte als Themenbereich in jede Krankenschwesternausbildung aufgenommen werden.

2. Die Reaktionen der Kinder auf eine Auflösung der Familie sollten genauer erforscht werden; das bereits vorliegende Forschungsmaterial sollte zugänglich gemacht und genutzt werden. Zur Informationsbeschaffung sollte man vornehmlich die bereits existierenden Längsschnittsstudien benutzen.

3. Die United Nations Children's Charter sollte Ausführungen über die Rechte der Kinder während der Auflösung des Familienlebens enthalten.

4. Es sollten spezielle Versöhnungsstellen eingerichtet werden, damit die bei Auflösung der Familie zu treffenden Entscheidungen optimal das Wohl der Kinder berücksichtigen.

5. Für Ehemänner, deren Familie sich in der Zerrüttungsphase befindet, sollten neuartige und zweckdienliche Betreuungsdienste eingerichtet werden.

Intervention und Prävention

Die Familienzerrüttung stellt einen Prozeß dar, bei dem die familieninterne gegenseitige Hilfestellung zusammenbricht, und zwar nicht erst zum Zeitpunkt des Auseinandergehens. Man hat bereits die Lebensphasen ermittelt, in denen die Familien am meisten gefährdet sind. Man sollte unbedingt Primärpräventionsprogramme für diese Lebensphasen vorbereiten (z.B. für Zeiten der Schwangerschaft, bei Schulbeginn des ersten Kindes und wenn alle Kinder erwachsen sind).

Es sollten Mechanismen zur Feststellung besonders gefährdeter Familien und Betreuungsdienste aufgebaut werden, die im Problemfall unverzüglich reagieren können. Anscheinend gibt es auch keine Betreuung für den aktuellen Krisenfall; es müssen dringend entsprechende Modelle untersucht und ausprobiert werden.

Die Familien ihrerseits sollten wissen, daß derartige Dienste am Ort bestehen, daß sie sich leicht an sie wenden können und sich nicht zu schämen brauchen. Familienhilfezentren in der näheren Umgebung, die auch Selbsthilfegruppen und multiprofessionelle Unterstützungsaktivitäten einschließen, können solche Dienste erbringen. Das Gemeinwesen kann viel zum Wohle der Familien beitragen, wenn die richtige Initiative ergriffen und Ressourcen zur Verfügung gestellt werden. Arbeitsprojekte können zur Einrichtung neuer Betreuungsdienste führen.

Die Regierungen der Länder sollten gegenüber der Familie eine zusammenhängende und positive Politik verfolgen; in vielen Ländern sollte besonders den jungen Paaren mehr geholfen werden.

1. Die primäre und sekundäre Prävention sollte weit stärker beachtet werden. Bereits im Schulunterricht sollte man die Aufgaben und Rollen in der Ehe und als Elternteil behandeln; außerdem sollte man mit den Müttern, die Kleinkinder haben, mit Risikofamilien, mit Leuten, die sich in der Mid-Life-Crisis befinden, und ähnlichen Gruppen zusammenarbeiten.

2. Man sollte neuartige Betreuungsdienste einrichten, die Familien in der Krise Hilfestellung leisten können.

3. Es sollte umfangreicheres Informationsmaterial für noch nicht verheiratete Paare und Familien vorliegen, worin die Phasen der größten Zerrüttungsgefahr behandelt werden.

4. Es sollten örtliche Familienhilfezentren eingerichtet werden, die multiprofessionelle Hilfe anbieten und für die Bevölkerung leicht zugänglich sind.

5. Es sollte eine bessere Informierung über die lokalen Dienstbereiche erfolgen.

6. Die Regierungen sollten den jungen Paaren mehr praktische Hilfe zuteil werden lassen.

Krankenpflege

In manchen Ländern haben die Krankenschwestern für Familiengesundheit eine gute Verbindung zur Bevölkerung und stellen für viele Problemfamilien den ersten Kontakt dar. Die Krankenschwester wird von der allgemeinen Bevölkerung nicht mit demselben Mißtrauen betrachtet wie ab und zu Sozialarbeiter und Psychologen. Die Klienten wenden sich oft mit einem körperlichen Symptom an die Krankenschwester und beginnen erst nachher, über ihre emotionellen Probleme zu reden.

Zugegebenermaßen sind aber die Krankenschwestern nicht immer die am besten geeignete Berufsgruppe in der Pflegepraxis, wenn es um ein nichtkörperliches Problem geht. Doch macht die Gesundheitsversorgung einen Änderungsprozeß durch, der u.a. beinhaltet, daß die zukünftigen Krankenschwestern auch Qualifikationen für die Gemeindearbeit erwerben müssen. In diesem Zusammenhang werden sie sich zunehmend mit zerrütteten Familienverhältnissen befassen müssen. In einigen Ländern besteht diese Situation bereits, doch ist generell eine Weiterbildung in diesem Bereich nötig. In diesem Zusammenhang gesehen, müssen sich die Anschauungen der Allgemeinheit über die Krankenschwesterrolle bedeutend ändern.

In der Ausbildung und Weiterausbildung der Fachkräfte muß die multidisziplinäre Teamarbeit stärker beachtet werden. Die Kommunikationsmängel zwischen den Fachdisziplinen behindern stark eine rationale und effektive Ausführung der Arbeit.

1. Die allgemeine Krankenpflegeausbildung sollte mehr auf die primäre Gesundheitsversorgung ausgerichtet sein und sich besonders auch mit der Problematik neuer Familienstrukturen befassen.

2. Für Krankenschwestern, die sich in der Familiengesundheitspflege spezialisieren wollen, sollte es besondere Weiterbildungskurse geben.

3. Die Ausbildung der verschiedenen Berufsgruppen sollte gewisse gemeinsame Elemente enthalten, damit die multidisziplinäre Teamarbeit besser wird.

4. Die Krankenschwestern und ihre Arbeitgeber sollten die Öffentlichkeit über ihre gegenwärtige und zukünftige Rolle im Hinblick auf die Erstprävention aufklären und die anderen Fachrichtungen im Gesundheitssektor unterstützen.

Die politische Dimension

Es ist nicht damit getan, daß die Fachkräfte des Gesundheitswesens oder auch Privatinitiativen sich mit den direkten Problemen der Familienzerrüttung befassen. Man sollte sich in einem viel größeren Rahmen der Beziehungen zwischen sozialen Faktoren wie Armut, schlechte Wohnungsverhältnisse, Arbeitslosigkeit und falsche Ernährung einerseits und Erkrankungen sowie Spannungen in der Familie andererseits bewußt sein. Diese Beziehungen können nur in das Blickfeld der Öffentlichkeit gerückt werden, wenn der Krankenschwesternstand, andere Gesundheitsberufe und die Privatinitiativen sowie ähnliche bevölkerungsnahe Gruppen gemeinsam auf landesdeckender und lokaler Ebene politisch aktiv werden.

Scheidung bzw. Trennung stellt nicht unbedingt ein Versagen dar, sondern kann die erfolgreiche Beendigung einer unzulänglichen Situation bedeuten. Man sollte auch nicht länger alternative Familienstrukturen, die vom traditionellen Familienmuster (zwei Elternteile und ein bzw. zwei Kinder) abweichen, als "abweichendes Verhalten" ansehen. Die Belastung Alleinerziehender und ihrer Kinder hängt zumindest teilweise mit der Haltung der Gesellschaft zusammen. Die Alleinerziehenden und ihre Kinder werden in vielen Fällen als andersartig oder irgendwie zweitrangig angesehen.

Man kann sich nicht mehr länger der Tatsache verschließen, daß sich die Familienstrukturen in vielen Ländern ändern. Wenn man sich dieser Lage bewußt ist und sie akzeptiert, sollte auch eine tolerantere Haltung gegenüber alternativen Sozialgruppierungen eintreten.

1. Die Fachkräfte des Gesundheitswesens sollten sich mit dem inoffiziellen Sektor zusammentun und Mängel hinsichtlich der Betreuungsdienste anprangern sowie die gesellschaftlichen Ursachen mancher Krankheiten öffentlich untersuchen.

2. Die Fachkräfte des Gesundheitswesens und die privaten Gruppen sollten die Vorurteile gegen untraditionelle Familienstrukturen bekämpfen.

3. Die vorhandenen Dienste sollten weiter bestehen bleiben und zusätzlich neue für alle Familienformen entwickelt werden.

РЕЗЮМЕ

В совещании Рабочей группы приняли участие 26 временных советников (шесть медсестер, три врача, один психолог, один политический деятель, пять представителей групп населения и десять журналистов), а также два сотрудника Регионального бюро. Перед совещанием стояли следующие задачи:

- расширить объем имеющейся информации и проанализировать отношение к медико-санитарным проблемам, возникающим в связи с распадом семьи в странах Европейского региона ВОЗ;

- обсудить значение этих проблем в контексте глобальной и региональных стратегий ВОЗ и документа о задачах ВОЗ;

- обратить внимание медработников и населения на многообразные аспекты этих проблем, учитывая необходимость определения роли медсестер, акушерок и населения в предупреждении неблагоприятных последствий распада семьи и укреплении здоровья ее членов;

- создать условия, способствующие обсуждению этих медико-санитарных проблем работниками официальных и неофициальных систем здравоохранения и представителями населения;

- попытаться найти альтернативный подход к деятельности ВОЗ, направленной на обеспечение участия населения, заключающийся в организации совещания нового типа, в котором принимают участие медработники и представители населения (вошедшие в состав двух групп экспертов) и представители специализированной и общественной печати (участвующие в совещании в качестве наблюдателей).

Дискуссия

Распад семьи - важное социальное явление во всех странах Европы, имеющее далеко идущие последствия медико-санитарного характера. Трудно установить простые причинные связи между разводами и ухудшением здоровья, однако нет сомнения в том, что разводы вызывают больший риск развития заболеваний и служат причиной более высокой смертности среди разведенных. Распад также негативно влияет и на детей, хотя долгосрочные последствия его еще требуют дальнейшего изучения.

Тем не менее развод не следует рассматривать только в качестве негативного явления. Распад семьи может быть и позитивным явлением, в связи с чем следует проявлять большую терпимость к альтернативным семейным связям, отличающимся от традиционных форм семьи, включающей двух родителей и одного-двух детей.

Представляется возможным создать стратегии практических мер, основанных на профилактической медицинской помощи. Медсестры и работники медико-социальных служб должны улучшить работу с семьями, в которых еще не возникла критическая ситуация. Следовательно, необходимо стремиться к созданию условий, обеспечивающих сохранение семьи и позволяющих выявлять те семьи, которые находятся в опасности.

Официальные или государственные системы здравоохранения не в состоянии дать ответы на все вопросы, поэтому они должны расширять свои связи и сотрудничество с различными группами населения. Создание официальными и неофициальными секторами совместно согласованного плана обеспечит хорошую основу для их совместной деятельности.

Более активную роль должны играть медицинские сестры. С развитием первичной медико-санитарной помощи все большее число медицинских сестер будет работать в учреждениях коммунального уровня. В настоящее время медицинские сестры, специализирующиеся на обслуживании семей, оказывают основную помощь населению в ряде стран. Этот подход должен быть внедрен во всех странах Европы.

Распад семьи и разводы являются социальной, политической и экономической проблемой, а трудности, с которыми сталкиваются члены таких семей, в общем и целом вызываются объективными обстоятельствами. Профессиональные работники и группы населения должны шире освещать вопросы влияния социальных факторов на здоровье и организовывать совместные кампании, направленные на улучшение деятельности служб.

Организация работы совещания

Участники разделились на три группы: группа представителей печати, которые наблюдали за работой совещания. Предполагалось, что журналисты будут задавать соответствующие вопросы и таким образом стимулировать диалог между первыми двумя группами участников. К журналистам была обращена просьба подготовить публикацию о распаде семьи с учетом результатов дискуссии и прочитанных на совещании докладов.

В самом начале работы выявились серьезные различия в подходе представителей двух групп к стоящим проблемам. Каждая из сторон проявляла определенное нежелание понять точку зрения и задачи другой стороны. Члены групп сами признали наличие определенных разногласий и решили вместе обсудить некоторые из проблем. В итоге им удалось добиться значительного сближения своих позиций. В конце работы совещания эти группы выразили единое мнение в отношении необходимости развития более тесного сотрудничества между официальными службами и добровольными группами.

Выводы и рекомендации

Научные исследования

Рост числа разбитых семей - лишь один из симптомов многих стрессовых ситуаций, в которых оказывается население промышленно развитых стран. Это сложное явление, и его негативное влияние на здоровье очень трудно объяснить в отрыве от других факторов.

Данные о числе разводов имеются во многих странах, однако они не учитывают разрыв связей между неженатыми супругами и не содержат информации о влиянии разводов на жизнь членов семей. Следует расширить информацию об

имеющихся в странах службах и наиболее эффективных путях оказания помощи. Однако очевидно и то, что многие материалы научных исследований не используются в целях более полного понимания стоящих проблем и разработки политики в этой области.

1. Следует изучить характер деятельности служб помощи семьям в Европе.

2. Необходимо продолжить изучение взаимодействующих факторов, которые приводят к распаду семьи.

3. Следует определить роль служб поддержки на различных этапах распада семьи.

4. Необходимо шире использовать имеющиеся данные научных исследований.

Координация деятельности служб

Крайне важно добиться скоординированности действий коммунальных служб, развивать сотрудничество и взаимопонимание между официальными и неофициальными секторами. Обе системы могут внести положительный вклад в деятельность по предупреждению распада семьи. Во многих странах деятельность этих систем перекрещивается. Очевидно также, что различные модели оказания помощи могут использоваться с учетом тех или иных условий. Важно также предоставить людям возможность пользоваться услугами тех учреждений, которые, как они считают, наиболее отвечают их потребностям.

Ни один из секторов не может претендовать на то, что он лучше другого, они должны использовать опыт друг друга. Перед официальной системой стоят очень большие задачи по удовлетворению имеющихся потребностей, что может повлиять на гибкость ее деятельности и способность к постоянному совершенствованию. В ее обязанности входит также определение первоочередных задач деятельности. Кроме того, может возникнуть необходимость в пересмотре существующего порядка распределения служб помощи семьям.

Неофициальный сектор не собирается брать на себя обязанности, которые выполняет государство. Необходимо максимально развивать деятельность по определению первоочередных

задач и сфер ответственности и использовать положительные стороны каждой системы. Представители официальной и неофициальной систем признали, что в отдельных ситуациях вмешательство как профессиональных, так и непрофессиональных работников не будет эффективным, и поэтому такое вмешательство нежелательно. Если даже возникнет какая-либо проблема, любая семья имеет право отказаться от внешней помощи.

1. Следует разработать местные планы, предусматривающие оказание согласованной помощи семьям.

2. Официальный сектор должен оказывать практическую административную и другую помощь небольшим местным группам, предоставлять в их распоряжение помещения для проведения встреч и т.д.

3. Следует наладить свободный обмен информацией и опытом между официальным и неофициальным секторами, сотрудничество в деле обслуживания нуждающихся в помощи семей.

4. В программы подготовки всех категорий медработников следует включить положение, освещающее роль и задачи неофициального сектора.

5. Оба сектора должны проявлять больше стремление к признанию вклада, вносимого каждым из них.

6. Оказывающие помощь учреждения должны признать право семей на отказ от помощи, учитывать, что в отдельных случаях их вмешательство может оказаться неэффективным.

Дети

Хотя каждый взрослый или ребенок по-разному реагирует на распад семьи, прослеживаются общие тенденции в их поведении, которые требуют дальнейшего изучения в целях более полного понимания характера этого поведения.

Например, поведение мальчиков часто во многом отличается от поведения девочек, так как они склонны проявлять определенную агрессивность, что не характерно для девочек. Следовательно, необходимо учесть эти различия, стремиться найти такие методы оказания

помощи детям и молодым людям в преодолении критического периода в их жизни, которые позволяют предупредить его возможные долгосрочные последствия.

Имеется достаточно обширная информация о краткосрочном воздействии разводов на детей. Нехватает данных о долгосрочных последствиях разводов; кроме того, многие материалы не находят практического применения.

Ни в коем случае не следует забывать о правах детей в разводящихся семьях. В частности, речь идет о праве детей на получение информации и выражение своего мнения в тот период, когда обсуждается вопрос о разводе и принимаются те или иные решения. Очевидно, что решения принимают сами родители.

Нет сомнения в том, что интересы детей не всегда находятся на первом месте. В частности, развод может стать длительной и болезненной процедурой, когда им начинают заниматься юридические органы. В некоторых странах созданы службы примирения, задача которых состоит не столько в примирении супругов, сколько в достижении согласованного решения, отвечающего интересам детей.

Большего внимания заслуживают и мужчины. Необходимо разработать подходы, которые приемлемы и доступны для мужчин.

1. Во все программы основного обучения медицинских сестер следует включить положения, касающиеся развития детей.

2. Необходимо продолжить изучение отношения детей к разводам. Следует распространять и использовать имеющиеся данные научных исследований. В частности, следует использовать результаты проводимых длительных исследований.

3. В Хартию прав ребенка ООН следует включить раздел, где подробно описываются права детей в период развода.

4. Следует учредить специализированные службы примирения, гарантирующие принятие в период развода таких решений, которые отвечают интересам детей.

5. Следует создать новые службы, которые могли бы оказывать соответствующую помощь мужчинам в период, угрожающий распадом семьи.

Меры вмешательства и профилактика

Распад семьи - это процесс, во время которого прекращает функционировать система внутренней поддержки. Это нечто большее, чем просто момент, когда происходит разделение семьи. Можно определить этапы, когда в семьях складывается наиболее неблагоприятная ситуация. Необходимо разработать программы первичной профилактики, учитывающие эти ситуации (например, во время беременности, когда первый ребенок поступает в школу и когда все дети достигают подросткового возраста).

Следует создать механизмы, позволяющие выявлять семьи, подвергающиеся особому риску. Необходимо также создать службы, которые могли бы быстро реагировать в случае возникновения той или иной проблемы. Кроме того, в кризисные периоды может ощущаться недостаток в эффективных службах, поэтому необходимо срочно изучить положение в этой области и проверить правильность такого вывода.

Семьи должны знать о тех службах, которые находятся в их районе, иметь возможность быстро вступать с ними в контакт, не бояться работников этих служб. В числе таких служб могут быть местные центры помощи семьям, где работают представители групп самопомощи и различные специалисты. Местные органы могут оказать большую помощь семьям, если имеются необходимые ресурсы и принимаются правильные решения. Созданию новых служб могут помочь различные мероприятия коммунального уровня.

Правительства стран должны проводить в жизнь последовательную и позитивную политику в отношении семьи, в частности, во многих государствах больше внимания следует уделять молодым семьям.

1. Значительно больший акцент следует делать на первичную и вторичную профилактику. Эта деятельность должна включать мероприятия, проводимые в школах по разъяснению роли и задач, стоящих перед супругами и родителями, а также работу

с матерями, имеющими маленьких детей, с семьями повышенного риска, людьми, сталкивающимися с кризисными ситуациями на более позднем этапе своей жизни, и т.д.

2. Следует создать новые службы по оказанию помощи семьям во время кризисных ситуаций.

3. Следует расширить объем информации, предоставляемой в распоряжение молодых пар до вступления в брак, лучше информировать семьи о периодах, чреватых разводами.

4. Следует создать доступные местные центры помощи, привлекать к их деятельности специалистов различного профиля.

5. Следует более эффективно распространять информацию о местных службах.

6. Правительства должны расширить практическую помощь, оказываемую молодым парам.

Сестринское обслуживание

В некоторых странах медицинские сестры, обслуживающие семьи, ближе всего знакомы с положением на местах, поэтому они являются первыми, к кому обращаются многие семьи при возникновении проблем. Преимуществом их положения является то, что на них не распространяется предубеждение, с которым подчас население относится к работникам социальных служб и психологам. Пациенты часто обращаются к медсестрам по поводу симптома физического заболевания и только впоследствии рассказывают о психической причине болезни.

В то же время не следует забывать, что медсестер не всегда считают наиболее подходящей категорией работников для решения проблем, не относящихся к охране физического здоровья. Однако в системе здравоохранения происходят изменения, и в будущем медсестрам предстоит расширить свои знания и опыт, необходимые для работы в коммунальных учреждениях. В этих условиях они смогут соответствующим образом реагировать на проблемы растущего числа неблагополучных семей. Очевидно, что этот процесс уже начался в ряде стран. Однако в общем потребуется увеличить число

программ постдипломной подготовки. Параллельно с этим следует проводить работу по коренному изменению отношения общества к роли медицинских сестер.

В период основного и последующего обучения профессиональных работников больше внимания следует также уделять навыкам работы различных специалистов в составе одной бригады. Проблемы взаимоотно- шений между ними остаются одним из главных препятствий, стоящих на пути организации рациональных и эффективных служб.

1. Программы основной подготовки медицинских сестер должны быть переориентированы и включать принципы работы в системе первичной медико-санитарной помощи, которые, в частности, позволяют решать проблемы, с которыми сталкиваются в настоящее время семьи различных категорий.

2. Следует предусмотреть специальную постдипломную подготовку медицинских сестер, которые изъявляют желание работать в системе охраны здоровья семьи.

3. Следует расширить практику совместной подготовки работников различных специальностей, что позволит поднять на более высокий уровень работу в многопрофильной бригаде.

4. Медсестры и представители учреждений, в которых они работают, должны организовать кампанию по информированию населения о настоящей и потенциальной роли медсестер как работников первого звена профилактики и помощи.

Политические аспекты

Работники здравоохранения и группы населения должны не только заниматься насущными проблемами семей, находящихся на грани распада. Они должны лучше знать о влиянии на здоровье и положение в семье таких социальных факторов, как бедность, неудовлетворительные жилищные условия, безработица, плохое питание. С тем, чтобы эти факторы стали известны обществу, медицинские сестры, другие профессиональные работники здравоохранения и группы населения должны предпринять соответствующие политические действия на местном и национальном уровнях.

Развод или разделение семей не во всех случаях является негативным явлением; напротив, он может привести к успешному решению неудовлетворительного положения. Альтернативные семейные связи, которые отличаются от традиционной модели семьи, состоящей из двух родителей и одного-двух детей, не следует более считать антисоциальным явлением. По крайней мере некоторые из стрессов, которым подвергается семья с одним родителем, порождаются отношением к ней общества. Таких родителей и их детей часто рассматривают как лиц со странностями, отличными от других, даже считают в некотором роде гражданами второго сорта.

Очень важно признать, что во многих странах семейные структуры меняются. Когда это будет признано, к альтернативным семейным связям будут относиться с большей терпимостью.

1. Медработники должны объединить свои усилия с представителями неофициального сектора в том, что касается выявления недостатков в обслуживании и социальных причин ухудшения здоровья, о которых надо говорить во весь голос.

2. Медработники и группы населения должны выступать против негативного отношения к нетрадиционным формам семейных связей.

3. Следует и впредь оказывать помощь всем семьям, вне зависимости от их характера, создавать новые службы охраны здоровья семьи.

SOME OTHER WHO PUBLICATIONS

Further studies in family formation patterns and health: an international collaborative study in Colombia, Egypt, Pakistan and the Syrian Arab Republic. Study coordinators and editors: A.R. Omran & C.C. Standley. Principal investigators: Colombia — G. Ochoa & A. Gil; Egypt — H. Hamman & F. El-Sherbini; Pakistan — Batul Raza & Talat Khan; Syrian Arab Republic — F. El-Boustani.
1981; 463 pages [E only] ISBN 92 4 156070 3, Sw.fr. 44.–

Research on the menopause: report of a WHO scientific group (Geneva 1980). Technical Report Series, No. 670, 1981; 120 pages [Ar,E,F,S] ISBN 92 4 120670 5, Sw.fr. 8.–

Adolescent reproductive health: an approach to planning health service research by H.L. Friedman & K. Edström. WHO Offset Publication, No. 77, 1984; 53 pages [E,F,S] ISBN 92 4 170077 7, Sw.fr. 8.–

Training in family planning for health personnel: report on a WHO meeting (Paris 1981). Public Health in Europe, No. 20, 1985; 99 pages, ISBN 92 890 1156 4, Sw.fr. 10.–

Sex and family planning: how we teach the young: report on a study by B. Lewin. Public Health in Europe, No. 23, 1984; 170 pages [E] ISBN 92 890 1159 9, Sw.fr. 19.–

Having a baby in Europe: report on a study. Public Health in Europe, No. 26, 1985; 157 pages, ISBN 92 890 1162 9, Sw.fr. 13.–

Family planning legislation: report on a survey by Barbara Swartz. EURO Reports and Studies, No. 85, 1983; 86 pages [E] ISBN 92 890 1251 X, Sw.fr. 8.–

Family planning and sex education of young people: report on a WHO meeting (Copenhagen 1982). EURO Reports and Studies, No. 89, 1984; 42 pages [E with summaries in F,G,R] ISBN 92 890 1255 2, Sw.fr. 5.–

Targets for health for all: targets in support of the European regional strategy for health for all, 1985; 201 pages [E,F,G,R] ISBN 92 890 1034 7, Sw.fr. 20.–

Care of children in hospital: report on a study by Else Stenbak with illustrations by Lilian Brøgger, 1986; 68 pages, ISBN 92 890 1033 9, Sw.fr. 12.–

[Ar = Arabic, E = English, F = French, G = German, R = Russian, S = Spanish]

WHO publications may be obtained, direct or through booksellers, from

ALGERIA: Entreprise nationale du Livre (ENAL), 3 bd Zirout Youcef, ALGIERS

ARGENTINA: Carlos Hirsch, SRL, Florida 165, Galerias Guemes, Escritorio 453/465, BUENOS AIRES

AUSTRALIA: Hunter Publications, 58A Gipps Street, COLLINGWOOD, VIC 3066 — Australian Government Publishing Service *Mail order sales*: P.O. Box 84, CANBERRA A.C.T. 2601; *or over the counter from*: Australian Government Publishing Service Booshops at: 70 Alinga Street, CANBERRA CITY A.C.T. 2600; 294 Adelaide Street, BRISBANE, Queensland 4000; 347 Swanston Street, MELBOURNE, VIC 3000; 309 Pitt Street, SYDNEY, N.S.W. 2000; Mt Newman House, 200 St George's Terrace, PERTH, W.A. 6000; Industry House, 12 Pirie Street, ADELAIDE, S.A. 5000; 156–162 Macquarie Street, HOBART, TAS 7000 — R. Hill & Son Ltd, 608 St Kilda Road, MELBOURNE, VIC 3004; Lawson House, 10–12 Clark Street, CROWS NEST, NSW, 2065

AUSTRIA: Gerold & Co., Graben 31, 1011 VIENNA 1

BAHRAIN: United Schools International, Arab Regional Office, P.O. Box 726, BAHRAIN

BANGLADESH: The WHO Programme Coordinator, G.P.O. Box 250, DHAKA 5

BELGIUM: *For books*: Office International de Librairie s.a., avenue Marnix 30, 1050 BRUSSELS. *For periodicals and subscriptions*: Office International des Périodiques, avenue Marnix 30, 1050 BRUSSELS — *Subscriptions to World Health only*: Jean de Lannoy, 202 avenue du Roi, 1060 BRUSSELS

BHUTAN: see India, WHO Regional Office

BOTSWANA: Botsalo Books (Pty) Ltd., P.O. Box 1532, GABORONE

BRAZIL: Biblioteca Regional de Medicina OMS/OPS, Unidade de Venda de Publicações, Caixa Postal 20.381, Vila Clementino, 04023 SÃO PAULO, S.P.

BURMA: see India, WHO Regional Office

CANADA: Canadian Public Health Association, 1335 Carling Avenue, Suite 210, OTTAWA, Ont. K1Z 8N8. (Tel. (613) 725–3769. Telex 21–053–3841)

CHINA: China National Publications Import & Export Corporation, P.O. Box 88, BEIJING (PEKING)

CYPRUS: "MAM", P.O. Box 1722, NICOSIA

CZECHOSLOVAKIA: Artia, Ve Smeckach 30, III 27, PRAGUE 1

DEMOCRATIC PEOPLE'S REPUBLIC OF KOREA: see India, WHO Regional Office

DENMARK: Munksgaard Export and Subscription Service, Nørre Søgade 35, 1370 COPENHAGEN K (Tel. + 45 1 12 85 70)

ECUADOR: Libreria Científica S.A., P.O. Box 362, Luque 223, GUAYAQUIL

EGYPT: Osiris Office for Books and Reviews, 50 Kasr El Nil Street, CAIRO

FIJI: The WHO Programme Coordinator, P.O. Box 113, SUVA

FINLAND: Akateeminen Kirjakauppa, Keskuskatu 2, 00101 HELSINKI 10

FRANCE: Librairie Arnette, 2 rue Casimir-Delavigne, 75006 PARIS

GABON: Librairie Universitaire du Gabon, B.P. 3881, LIBREVILLE

GERMAN DEMOCRATIC REPUBLIC: Buchhaus Leipzig, Postfach 140, 701 LEIPZIG

GERMANY FEDERAL REPUBLIC OF: Govi-Verlag GmbH, Ginnheimerstrasse 20, Postfach 5360, 6236 ESCHBORN — W. E. Saarbach GmbH, Tradis Diffusion, Neue Eiler Strasse 50, Postfach 900369, 5000 COLOGNE 1 — Buchhandlung Alexander Horn, Friedrichstrasse 39, Postfach 3340, 6200 WIESBADEN

GHANA: Fides Enterprises, P.O. Box 1628, ACCRA

GREECE: G.C. Eleftheroudakis S.A., Librairie internationale, rue Nikis 4, ATHENS (T. 1260)

HAITI: Max Bouchereau, Librairie "A la Caravelle", Boîte postale 111-B, P.PRINCE

HONG KONG: Hong Kong Government Information Services, Beaconsfield House, 6th Floor, Queen's Road, Central, VICTORIA

HUNGARY: Kultura, P.O.B. 149, BUDAPEST 62 — Akadémiai Könyvesbolt, Váci utca 22, BUDAPEST V

ICELAND: Snaebjørn Jonsson & Co., P.O. Box 1131, Hafnarstraeti 9, REYKJAVIK

INDIA: WHO Regional Office for South-East Asia, World Health House, Indraprastha Estate, Mahatma Gandhi Road, NEW DELHI 110002

INDONESIA: P.T. Kalman Media Pusaka, Pusat Perdagangan Senen, Block I, 4th Floor, P.O. Box 3433 Jkt., JAKARTA

IRAN (ISLAMIC REPUBLIC OF): Iran University Press, 85 Park Avenue, P.O. Box 54/551, TEHERAN

IRAQ: Ministry of Information, National House for Publishing, Distributing and Advertising, BAGHDAD

IRELAND: TDC Publishers, 12 North Frederick Street, DUBLIN 1 (Tel. 744835–749677)

ISRAEL: Heiliger & Co., 3 Nathan Strauss Street, JERUSALEM 94227

ITALY: Edizioni Minerva Medica, Corso Bramante 83–85, 10126 TURIN. Via Lamarmora 3, 20100 MILAN

JAPAN: Maruzen Co. Ltd., P.O. Box 5050, TOKYO International, 100–31

JORDAN: Jordan Book Centre Co. Ltd., University Street, P.O. Box 301 (Al-Jubeiha), AMMAN

KUWAIT: The Kuwait Bookshops Co. Ltd., Thunayan Al-Ghanem Bldg, P.O. Box 2942, KUWAIT

LAOS PEOPLE'S DEMOCRATIC REPUBLIC: The WHO Programme Coordinator, P.O. Box 343, VIENTIANE

LEBANON: The Levant Distributors Co. S.A.R.L., Box 1181, Makdassi Street, Hanna Bldg, BEIRUT

LUXEMBOURG: Librairie du Centre, 49 bd Royal, LUXEMBOURG

MALAWI: Malawi Book Service, P.O. Box 30044, Chichiri, BLANTYRE 3

WHO publications may be obtained, direct or through booksellers, from

MALAYSIA: The WHO Programme Coordinator, Room 1004, 10th Floor, Wisma Lim Foo Yong (formerly Fitzpatrick's Building), Jalan Raja Chulan, KUALA LUMPUR 05-10, P.O. Box 2550, KUALA LUMPUR 01-02; Parry's Book Center, K.L. Hilton Hotel, Jln. Treacher, P.O. Box 960, KUALA LUMPUR

MALDIVES: *See* India, WHO Regional Office

MEXICO: Libreria Internacional, S.A. de C.V., Av. Sonora 206, 06100 MEXICO, D.F.

MONGOLIA: *see* India, WHO Regional Office

MOROCCO: Editions La Porte, 281 avenue Mohammed V, RABAT

MOZAMBIQUE: INLD, Caixa Postal 4030, MAPUTO

NEPAL: *see* India, WHO Regional Office

NETHERLANDS: Medical Books Europe BV, Noorderwal 38, 7241 BL LOCHEM

NEW ZEALAND: Government Printing Office, Publications Section, Mulgrave Street, Private Bag, WELLINGTON 1; Walter Street, WELLINGTON; World Trade Building, Cubacade, Cuba Street, WELLINGTON. *Government Bookshops at*: Hannaford Burton Building, Rutland Street, Private Bag, AUCKLAND; 159 Hereford Street, Private Bag, CHRISTCHURCH; Alexandra Street, P.O. Box 857, HAMILTON; T & G Building, Princes Street, P.O. Box 1104, DUNEDIN — R. Hill & Son Ltd, Ideal House, Cnr Gillies Avenue & Eden Street, Newmarket, AUCKLAND 1

NIGERIA: University Bookshop Nigeria Ltd, University of Ibadan, IBADAN

NORWAY: J. G. Tanum A/S, P.O. Box 1177 Sentrum, OSLO 1

PAKISTAN: Mirza Book Agency, 65 Shahrah-E-Quaid-E-Azam, P.O. Box 729, LAHORE 3; Sasi Limited, Sasi Centre, G.P.O. Box 779, I.I. Chundrigar Road, KARACHI

PAPUA NEW GUINEA: The WHO Programme Coordinator, P.O. Box 646, KONEDOBU

PHILIPPINES: World Health Organization, Regional Office for the Western Pacific, P.O. Box 2932, MANILA — The Modern Book Company Inc., P.O. Box 632, 922 Rizal Avenue, MANILA 2800

POLAND: Składnica Księgarska, ul Mazowiecka 9, 00052 WARSAW *(except periodicals)* — RKWZ Ruch, ul Wronia 23, 00840 WARSAW *(periodicals only)*

PORTUGAL: Livraria Rodrigues, 186 Rua do Ouro, LISBON 2

REPUBLIC OF KOREA: The WHO Programme Coordinator, Central P.O. Box 540, SEOUL

SIERRA LEONE: Njala University College Bookshop (University of Sierra Leone), Private Mail Bag, FREETOWN

SINGAPORE: The WHO Programme Coordinator, 144 Moulmein Road, SINGAPORE 1130; Newton P.O. Box 31, SINGAPORE 9122 — Select Books (Pte) Ltd, Tanglin Shopping Centre, 19 Tanglin Road 03-15, SINGAPORE 10

SOUTH AFRICA: *Contact major book stores*

SPAIN: Ministerio de Sanidad y Consumo, Servicio de Publicaciones, Paseo del Prado 18-20, MADRID-14 — Comercial Atheneum S.A., Consejo de Ciento 130-136, 08015 BARCELONA; General Moscardo 29, MADRID 20 — Libreria Diaz de Santos, Lagasca 95 y Maldonado 6, MADRID 6; Balmes 417 y 419, 08022 BARCELONA

SRI LANKA: *see* India, WHO Regional Office

SWEDEN: *For books*: Aktiebolaget C.E. Fritzes Kungl. Hovbokhandel, Regeringsgatan 12, 103 27 STOCKHOLM. *For periodicals*: Wennergren-Williams AB, Box 30004, 104 25 STOCKHOLM

SWITZERLAND: Medizinischer Verlag Hans Huber, Langgass Strasse 76, 3012 BERNE 9

THAILAND: *see* India, WHO Regional Office

TUNISIA: Société Tunisienne de Diffusion, 5 avenue de Carthage, TUNIS

TURKEY: Haset Kitapevi, 469 Istiklal Caddesi, Beyoglu, ISTANBUL

UNITED KINGDOM: H.M. Stationery Office: 49 High Holborn, LONDON WC1V 6HB; 13a Castle Street, EDINBURGH EH2 3AR; 80 Chichester Street, BELFAST BT1 4JY; Brazennose Street, MANCHESTER M60 8AS; 258 Broad Street, BIRMINGHAM B1 2HE; Southey House, Wine Street, BRISTOL BS1 2BQ. *All mail orders should be sent to*: HMSO Publications Centre, 51 Nine Elms Lane, LONDON SW8 5DR

UNITED STATES OF AMERICA: *Copies of individual publications (not subscriptions)*: WHO Publications Center USA, 49 Sheridan Avenue, ALBANY, NY 12210. *Subscription orders and correspondence concerning subscriptions should be addressed to the* World Health Organization, Distribution and Sales, 1211 GENEVA 27, Switzerland. *Publications are also available from the* United Nations Bookshop, NEW YORK, NY 10017 *(retail only)*

URUGUAY: Libreria Agropecuaria S.R.L., Casilla de Correo 1755, Alzaibar 1328, MONTEVIDEO

USSR: *For readers in the USSR requiring Russian editions*: Komsomolskij prospekt 18, Medicinskaja Kniga, MOSCOW — *For readers outside the USSR requiring Russian editions*: Kuzneckij most 18, Meždunarodnaja Kniga, MOSCOW G-200

VENEZUELA: Libreria del Este, Apartado 60.337, CARACAS 106 — Libreria Medica Paris, Apartado 60.681, CARACAS 106

YUGOSLAVIA: Jugoslovenska Knjiga, Terazije 27/II, 11000 BELGRADE

ZAIRE: Librairie universitaire, avenue de la Paix N° 167, B.P. 1682, KINSHASA I

Special terms for developing countries are obtainable on application to the WHO Programme Coordinators or WHO Regional Offices listed above or to the World Health Organization, Distribution and Sales Service, 1211 Geneva 27, Switzerland. Orders from countries where sales agents have not yet been appointed may also be sent to the Geneva address, but must be paid for in pounds sterling, US dollars, or Swiss francs. Unesco book coupons may also be used.

Price: Sw.fr. 7.—

Prices are subject to change without notice.